

|                  |                                  |                                    |                                       |                                     |
|------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Tätigkeit</b> | <input type="checkbox"/> Notarzt | <input type="checkbox"/> Außenarzt | <input type="checkbox"/> leitender NA | <input type="checkbox"/> Verl. Arzt |
|------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

**Persönliche Daten**

|                     |       |       |       |
|---------------------|-------|-------|-------|
| Name                |       |       |       |
| Vorname             |       |       |       |
| Straße              |       |       |       |
| PLZ                 |       |       |       |
| Wohnort             |       |       |       |
| Geb.-Datum          |       |       |       |
| Zulassungsnummer(n) | LNAR: | BSNR: | BSNR: |

**Erreichbarkeit**

|                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  privat     |  |
|  mobil      |  |
|  dienstlich |  |
|  diverse    |  |
| Pager                                                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> eMail privat                                                        |  |
| <input type="checkbox"/> eMail dienstlich                                                    |  |
| sonstige Erreichbarkeit                                                                      |  |

**Arbeitgeber/Tätigkeit**

|              |  |                                        |
|--------------|--|----------------------------------------|
| Fachrichtung |  |                                        |
| Arbeitgeber  |  | <input type="checkbox"/> eigene Praxis |
| Straße       |  |                                        |
| PLZ/Ort      |  |                                        |
| Telefon      |  |                                        |

**Nutzung:**

Maßgeblich für die Verwendung Ihrer Daten sind die jeweils geltenden Bestimmungen des Zweckverbandes für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Oberpfalz-Nord. Die ILS Oberpfalz-Nord verwendet die erhobenen Daten für grundlegende Alarmierungs- und Einsatzzwecke. Die Daten zu Ihrer Person verwenden wir ausschließlich zur Verwaltung und Nutzung in unserem Alarmierungs- und Einsatzleitsystem. Die ILS Oberpfalz-Nord übermittelt Ihre persönlichen Daten generell nicht an Dritte. Soweit Ihre Daten nicht mehr für Alarmierungs- und Einsatzzwecke erforderlich sind, werden diese gelöscht. Falls Sie Fragen zu der Verwendung Ihrer Daten haben stehen wir gerne zur Verfügung.

**Einverständniserklärung:**

Ja, ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten im Alarmierungs- und Einsatzleitsystem und den obig abgedruckten Bestimmungen und Ausführungen einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

